FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

Louis-Raymond CHASSAT

Né à Le Dorat (Haute-Vienne), le 25 Août 1882

DES

Cysthématomes Menstruels

POST-OPÉRATOIRES

Président : M. P. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. LEJARS, *agrégé.*
PIERRE DUVAL, *agrégé.*
PROUST, *agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
M. DOUTAUT, ÉDITEUR
24, Rue Monsieur-le-Prince, 24

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

Je dédie ces quelques pages en faible témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

MEIS ET AMICIS.

A TOUS MES MAITRES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DE LA SALPÉTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour le très grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse, et pour la très grande bienveillance qu'il a montrée à notre égard, bienveillance dont nous lui serons toujours reconnaissant.

A nos Maîtres de l'Hôpital de Limoges

M. le Docteur CHÉNIEUX

M. le Docteur DONNET

M. le Docteur DELOTTE (*in memoriam*)

M. le Docteur Justin LEMAITRE (*in memoriam*)

M. le Docteur CUBERTAFOND.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

M. le Professeur Gilbert BALLET

M. le Professeur PINARD

M. le Professeur GAUCHER

M. le Professeur POZZI

M. le Docteur FAISANS.

INTRODUCTION

Pendant que nous étions dans le service de M. le Professeur Pozzi, nous avons eu l'occasion d'entendre parler de productions kystiques intra-ligamentaires consécutives à une hystérectomie abdominale et de voir la pièce enlevée par le Docteur Dartigues, alors chef de clinique gynécologique de la Faculté.

Ceci se passait en Mars 1907. Depuis, pendant notre internat à l'hôpital Péan, il nous fut donné de voir dans le service du Docteur Rousseau, deux nouvelles productions kystiques hématiques consécutives l'une à une hystérectomie abdominale, l'autre à une hystérectomie vaginale, l'une en novembre 1907, la seconde en juillet 1908.

Enfin, au mois de juillet 1909, M. le Professeur Segond fit une leçon clinique à la Salpétrière et présenta la malade de notre observation personnelle n° IV, leçon dont nous avons profité et dont nous nous sommes souvenu au

cours de ce travail. Il nous fut malheureusement impossible de retrouver la publication de cette leçon magistrale, et par conséquent de la reproduire.

M. le Proeesseur Segond voulut bien s'intéresser à nous, et à la fin du mois d'août 1909, nous envoyait une observation inédite que l'on retrouvera sous le nº V de nos observations.

Nous avons alors recherché dans la littérature médicale, les cas de ce genre qui avaient pu être mentionnés. Nous avons rassemblé toutes les observations qu'il nous a été possible de trouver, et nous avons essayé d'en tirer des conclusions pratiques.

Les productions kystiques consécutives aux hystérectomies ont été fréquemment observées, surtout à l'époque où l'on pratiquait l'hystérectomie vaginale.

Consécutivement à l'hystérectomie abdominale, au contraire, le fait est beaucoup plus rare ; jusqu'à présent, nous en avons relevé que sept dont les nôtres.

Les tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses ayant été étudiées par Claret dans sa thèse de 1896 ; nous ne nous

sommes occupés, dans notre thèse, que des formations kystiques à contenu hématique ou séro-hématique, développées au dépens des annexes ou de débris annexiels (ovariens principalement, tubaires) laissés dans le pelvis au cours d'opérations antérieures et appelés par M. Dartigues : « Cysthématomes menstruels post-opératoires », nom que nous leur conserverons.

CHAPITRE I

HISTORIQUE ET DIVISION

Nous venons de dire que nous voulons étudier seulement la question des Cysthématomes consécutifs à certaines opérations gynécologiques surtout à la salpingo-oophorectomie double et à l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale.

Or, la question des kystes ovariques hématiques d'origine ménorragique sans opération préalable a été soutenue, avec une observation très probante à l'appui, par Bœckel, de Strasbourg en 1861.

Cette observation, bien que ne rentrant pas à proprement parler dans le cadre de notre thèse, sera cependant trouvée plus loin à cause de son intérêt au point de vue historique, pathogénique et clinique.

Au Congrès de chirurgie de 1891, M. le Professeur Le Dentu, dans son rapport, a recueilli un certain nombre d'observations traitant des formations kystiques consécutives à certaines opérations gynécologiques.

Claret, dans sa thèse de 1896, celles de Baudron en 1894 et de Noël en 1897 contiennent quelques cas.

M. Dartigues, en mai 1907, publia à la *Société de l'Internat*, un cas de laparotomie itérative pour trois

kystes hématiques volumineux consécutifs à une hystérectomie antérieure, puis en février 1908 avec M. JOANNIDIS dans la Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale un second article sur le même sujet. M. DARTIGUES donna à ces productions kystiques le nom de « Cysthématomes menstruels post-opératoires » et en expliqua la pathogénie.

A notre tour, nous venons étayer la pathogénie, surtout intéressante de ces cysthématomes, avec des observations nouvelles personnelles ou inédites. Pathogénie ne s'expliquant que par le molimen menstruel se produisant au niveau des débris ovariques et n'ayant pas d'issue possible.

« Ces reliquats annexiels, sièges futurs de ces productions kystiques hémorragiques, proviennent d'opérations incomplètes à divers titres : soit que le chirurgien ait laissé inaperçus quelques débris qu'il eut dû ou pu enlever, soit qu'il ait tenté une opération conservatrice, soit encore qu'il ait été obligé de renoncer à une exérèse totale impossible par suite de l'inextricabilité des lésions ».

Notre thèse repose sur deux sortes d'observations:

1° Certaines *observations* que nous indiquons de suite à titre bibliographique. Elles n'ont aucun intérêt autre, car elles ne font que constater purement et simplement la production kystique secondaire, d'origine ovarienne tubaire ou ligamentaire consécutive à des ablations d'utérus ou d'annexes, hystérectomies vaginales complètes ou incomplètes.

Claret dans sa thèse fait une très brève mention d'une laparotomie itérative pour kyste du ligament large consécutive à une laparotomie antérieure avec annexectomie bilatérale par ces termes : « Nous avons eu nous-même l'occasion de voir opérer par M. Pozzi, deux malades atteintes de kystes du ligament large, l'une après l'ablation des annnexes par la laparotomie, l'autre après une hystérectomie vaginale ».

M. le Professeur Le Dentu, au Congrès de chirurgie de 1891, a mentionné deux cas de dilatation utérine et évacuation de kystes tubaires ou hydrosalpinx partiels consécutifs à une laparotomie antérieure, avec annexectomie bilatérale, dans son rapport : « Sur les suites éloignées de l'ablation des annexes et de l'utérus dans les affections non néoplasiques ».

Baudron, Noël, dans leurs thèses citent des observations de productions kystiques post-opératoires, mais combien peu de détails ? Si peu qu'il est inutile de résumer ces observations.

Hahusseau, dans sa thèse, a lui aussi consacré une étude sur les formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes ; personnellement il ne donne aucune observation probante de kyste vrai ; la seule qui nous intéresse chez lui fut publiée par Terrillon et se trouve notre observation VI.

A ces observations de kystes provenant à la suite d'hystérectomies vaginales, nous ajouterons celle

du PROFESSEUR WERTHEIM, *de Vienne*, et celle qui nous est personnelle.

2° Les observations de productions kystiques secondaires d'origine ovarienne tubaire ou ligamentaire consécutives à des laparotomies antérieures, annexectomie abdominale, hystérectomie abdominale, totale ou subtotale.

Ce sont les observations, déjà résumées de MM. POZZI et LE DENTU, puis celles que l'on trouvera plus loin de MM. TERRILLON, SEGOND, RICHELOT, DARTIGUES, J.-L. FAURE, JAYLE et les nôtres.

On nous dira peut-être que plusieurs de ces observations ne sont pas absolument typiques. Certes, rien n'est plus vrai, aussi les avons-nous exposées brièvement, pensant cependant qu'ainsi résumées elles pouvaient entrer dans le cadre de notre thèse, car elles prouvent les inconvénients dus à des interventions annexielles incomplètes, forcées de l'être d'ailleurs quelquefois ; elles prouvent également la facilité qu'ont les débris annexiels tubaires ou ovariens à former des productions kystiques.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

En compulsant les observations que nous publions à la fin de notre thèse, on peut constater que toutes les femmes dont il s'agit sont en pleine période génitale. 31, 34 et 42 ans dans nos observations personnelles ; 30 et 20 dans celles de TERRILLON, 31 et 25 dans celles de M. SEGOND, 31 et 28 dans les observations de M. DARTIGUES, 38 dans l'observation de M. FAURE, 32 dans celle de M. JAYLE. L'âge nous manque dans celle du Professeur WERTHEIM ; mais tout nous laisse supposer que nous avons affaire à une femme jeune.

Si nous insistons sur l'âge des malades, c'est qu'il nous semble que nous avons là plus qu'une coïncidence de hasard.

N'est-ce pas en effet à cette époque de la vie génitale de la femme que la circulation sanguine pelvienne et utéro-annexielle est la plus active ; soit par le fait du plein développement physiologique des organes, soit à cause des grossesses déjà survenues et qui ont laissé l'appareil utéro annexiel plus largement vasculaire ?

Or, en parcourant les observations, ne remarque-t-on pas que la plupart des malades observées ont

eu des grossesses antérieures à la première opération.

A ces âges, les inflammations annexielles d'origine gonococcique ou puerpuérale, sont fréquentes et souvent déjà installées chroniquement depuis des années ; elles persistent jusqu'à ce qu'un traitement radical finisse par s'imposer pour arriver à la guérison. C'est encore l'âge où l'on trouve déjà fréquemment au cours des opérations, des ovaires ayant tendance à la dégénérescence microkystique.

Or, chez toutes les malades observées, on a trouvé à la laparotomie, des lésions inflammatoires des annexes et chez plusieurs la dégénérescence microkystique des ovaires dont nous venons de parler.

Chez un certain nombre d'autres on observe, en outre, des ménorragies et des métrorragies venant s'ajouter à la symptomatologie des annexites qu'elles présentaient.

Chez une de nos malades, son côté lui semble tendu au moment des époques ; de même chez celle de M. Dartigues il y avait des phénomènes congestifs généraux intenses coïncidant avec des époques absentes ; chez la malade de M. J.-L. Faure on relève l'absence de règles pendant 8 mois, coïncidant avec le développement d'un kyste séreux intra-ligamentaire.

Chez la seconde de nos malades, les règles sont de plus en plus brèves et finissent par s'arrêter ; dès lors la congestion se traduit par des maux de

tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreille ; lorsque le sang s'écoule tout rentre dans l'ordre. Nous pouvons donc conclure de ces faits précédents, que les cysthématomes menstruels post-opératoires, paraissent devoir se développer chez des femmes arrivées à la moyenne de la vie génitale, présentant des lésions annexielles bi ou unilatérales ayant tendance à la dégénérescence microkystique de leurs ovaires et une certaine propension au symptôme hémorragique dans l'évolution clinique de leurs lésions. La suppression menstruelle coïncidant avec le développement d'un kyste volumineux a été noté ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant les observations.

Si nous insistons sur cette conclusion étiologique, c'est qu'elle va nous préparer à comprendre la pathogénie des cysthématomes menstruels ; car cette tendance à la dégénérescence microkystique et à la congestion pelvienne, se traduisant par des hémorragies, on ne peut que l'admettre, aussi, et encore plus accentuée chez les femmes opérées, qui auront conservé des parcelles de leurs ovaires malades et dont le flux menstruel n'ayant pas d'issue s'accumulera progressivement dans les cavités kystiques.

La plupart des malades qui ont présenté ce que nous considérons comme des cysthématomes menstruels post-opératoires, avaient des lésions utéro annexielles considérables avec des adhérences multiples à l'épiploon, à l'intestin, etc. (*pyosal-*

pinx, kystes suppurés de l'ovaire, salpingites parenchymateuses épaissies, énormes hydrosalpinx, kystes intra-ligamentaires, ovaires scléro-kystiques, etc.)

Toutes ces malades ont été laparotomisées avant le développement de leur kyste ménorragique. Dans notre seconde et troisième observation personnelle, la malade subit une annexectomie unilatérale et la résection partielle de l'autre ovaire.

Dans les observations du professeur Segond on trouve une annexectomie unilatérale avec conservation de l'utérus ; hystérectomie vaginale, deux laparotomies itératives ; dans une de M. Dartigues, annexectomie unilatérale avec résection ovarienne et fixation tubaire du côté opposé ; dans les deux observations de Terrillon c'est l'annexectomie bilatérale avec conservation de l'utérus. M. J.-L. Faure pratique l'hystérectomie abdominale subtotale chez sa malade : M. Dartigues, une hystérectomie abdominale totale ; enfin M. Jayle, une hystérectomie abdominale subtotale avec conservation de l'ovaire droit.

De toutes ces observations découle une curieuse constatation : c'est le très court bénéfice de bien être que ces malades ont retiré de leur première opération : bientôt après les souffrances recommencent, de nouveaux signes apparaissent, une ou plusieurs formations kystiques se développent. Les malades reviennent, une opération nouvelle est jugée indispensable ; c'est cette opération itérative qui fit découvrir la présence de ces kystes.

Les deux malades de Terrillon viennent le revoir deux mois et demi et quatre mois après leur laparotomie, celles de M. Segond deux ans après, celles de M. Dartigues trois mois et cinq mois après, deux de nos malades trois ans et deux ans après ; celle de Richelot un an après leur première intervention ; celle de M. J.-L. Faure quatre mois après, celle de M. Jayle un an après. Une seule, dont nous relatons l'histoire dans notre première observation personnelle, garde pendant huit ans le bénéfice de son hystérectomie vaginale.

Si maintenant nous nous appuyons sur les observations les plus détaillées et les plus probantes que nous ayons, on peut considérer que les malades ayant eu un ou des cysthématomes menstruels post-opératoires présentent les symptômes suivants que nous diviserons en deux groupes : les signes fonctionnels et généraux et les signes physiques.

1° Signes fonctionnels et généraux. — Ces signes, qui sont très nets chez presque toutes les malades que nous avons vu ou dont nous avons les observations, peuvent se grouper en phénomènes douloureux, congestifs ou compressifs.

Les douleurs abdominales siègent à l'hypogastre, dominant à droite ou à gauche suivant le siège de la tumeur ; douleurs souvent vives avec sensation de gonflement, de tension au niveau du siège du kyste,

revêtant parfois le caractère de crises de coliques violentes, avec ou sans irradiations fémorales ou lombaires.

Les phénomènes d'ordre congestifs, se traduisent par des malaises, de la fatigue, de la lassitude. D'autres malades sentent monter des bouffées de chaleur, d'autres croient étouffer, certaines ont de la congestion de la face, ou ont des vomissements par accès.

Des malades au contraire sont peu congestionnées, mais ont des troubles de compression très nets, constipation opiniâtre, troubles digestifs, anorexie, etc., etc.

Enfin chez les malades observées par Bœckel, Terrillon, Richelot, l'utérus avait été conservé, des métrorragies assez abondantes ont persisté.

Or, tous ces symptômes : douleurs hypogastriques, phénomènes congestifs, métrorragies (lorsqu'elles existent) présentent un caractère excessivement particulier : c'est de n'apparaître que périodiquement, mensuellement, de durer vingt-quatre heures, deux jours, quatre jours, huit jours au plus; puis ils disparaissent,tout rentre dans l'ordre. Pendant un laps de temps plus ou moins long, cadrant sensiblement avec l'apparition de nouvelles époques, ces malades vont être les unes très bien, d'autres plus ou moins tranquilles.

2° Signes physiques. — En lisant l'observation de Bœckel, on peut voir la phrase suivante : « Les deux tumeurs augmentaient de volume et devenaient douloureuses à chaque époque menstruelle, dans l'intervalle la malade allait bien. »

Cette phrase absolument typique résume en quelque sorte les signes physiques, car, en effet, en même temps que se manifestent les crises périodiques, une tumeur plus ou moins considérable commence à faire son apparition à l'hypogastre. Les malades arrivent même à la percevoir et à constater son augmentation par poussées successives, affectant comme les symptômes fonctionnels et généraux, un caractère mensuel.

Quand la tumeur kystique est assez développée par la palpation et la percussion attentives, on trouve une saillie qui siège soit à gauche soit à droite de l'hypogastre, remonte parfois jusqu'au niveau de l'ombilic, a le volume variable de : un poing, deux poings, une tête de fœtus, une tête d'adulte ; est consistante ou rénitente, ou même franchement fluctuante.

Par le toucher vaginal, ou mieux par le toucher bimanuel, on ne sent rien si le kyste est assez haut situé et évolue plutôt vers la grande cavité abdominale. Au contraire on peut le sentir faisant saillie au niveau du cul-de-sac vaginal correspondant au côté hypogastrique où se trouve la tumeur et refoulant du côté opposé l'utérus, si ce dernier a été épargné dans l'opération antérieure.

On peut encore percevoir un empâtement, ou une saillie fluctuante dans un cul-de-sac alors que la tumeur abdominale siège du côté opposé : c'est qu'il y a alors plusieurs kystes ainsi que M. Dartigues l'a décrit dans une de ses observations. Enfin il pourra arriver de percevoir parfois dans les divers culs-de-sac vaginaux de petites bosselures indiquant de petits kystes multiples siégeant dans le Douglas et à la base des ligaments larges.

En résumé, les cysthématomes menstruels post-opératoires se manifestent par une symptômatologie générale, fonctionnelle et physique assez nette : douleurs, phénomènes congestifs, phénomènes compressifs.

Tumeur à siège variable, mais très souvent franchement latérale, à consistance rénitente ou fluctuante, à croissance par poussées. Le caractère principal est la périodicité mensuelle.

Nous ferons également remarquer que cette conclusion symptomatologique s'adapte fort bien à la pathogénie que nous avons annoncée : les signes généraux et fonctionnels sont les mêmes que ceux de la menstruation normale, mais avec un caractère douloureux plus prononcé : quand au flux menstruel, il contribue à la formation du cysthématome qu'il accroît et distend périodiquement. La symptomatologie du cysthématome menstruel post-opératoire pourrait fort bien être mise en parallèle avec celle de l'hématomètre : le siège à part, c'est

le même syndrome menstruel et en somme le même mécanisme, le manque d'issue par les voies génitales, mais l'obstacle au flux sanguin, siégeant beaucoup plus haut, au sein des débris de l'organe qui en sont le principal siège.

En somme, il est, pourrait-on dire, des hématoocphores, comme il est des hématomètres.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

D'après le chapitre précédent, on voit que le diagnostic des cysthématomes menstruels post-opératoires ne présente pas de grandes difficultés.

Douleurs hypogastriques surtout accentuées d'un côté, phénomènes généraux congestifs, constatation par la palpation bimanuelle d'une tumeur rénitente et même franchement fluctuante, le tout formant un faisceau symptomatique bien indépendant et périodique chaque mois, chez une femme antérieurement et souvent même récemment opérée pour affection utéro annexielle, suffit à faire le diagnostic aussi précis qu'il est possible. Lorsque l'on peut avoir des renseignements sur la précédente opération, on se rend compte que la laparotomie a été laborieuse, grave, que, généralement on a rencontré des adhérences nombreuses que l'on n'a pu tout extirper, qu'il a fallu drainer largement.

Nous avons insisté et insistons encore sur ce point que, chez les malades qui présentent des cysthématomes, les douleurs sous forme menstruelles et périodiques se montrent presque tout de suite après l'opération, même quand l'opération

itérative est pratiquée tardivement : c'est ainsi que dans une de nos observations personnelles la laparotomie itérative fut pratiquée huit ans après la première opération ; chez une malade de M. Dartigues, cinq ans seulement après la première intervention ; mais, néanmoins, dans ce cas les symptômes périodiques se montrèrent aussitôt; très peu de temps après l'opération chez notre malade ; dans les deux cas ils allèrent chaque année en s'aggravant.

Une difficulté de diagnostic existera surtout lorsque l'on aura aucuns renseignements sur l'opération précédente, et que l'on aura affaire à un cysthématome médian ou presque, faisant saillie au milieu de l'hypogastre, rénitent, et à un col utérin, seul vestige de l'utérus après hystérectomie abdominale subtotale.

On peut croire alors que la matrice n'a pas été enlevée, qu'on a seulement pratiqué l'ablation des annexes d'un côté et qu'il s'agit d'un hématomètre ou même d'une grossesse.

Mais, dans le cas d'hématomètre on pourrait se rendre compte, avec beaucoup de précaution, d'un obstacle à l'issue des règles, siégeant au niveau du col ; on pourrait aussi sentir les annexes conservés au niveau, d'un des culs-de-sac latéraux.

Dans le cas de grossesse post-opératoire, on trouverait les signes de probabilité de la gravidité, et, à un moment donné, par une expectation sage et

attentive, le signe de certitude indubitable : le rythme du cœur fœtal.

On ne peut guère confondre un cysthématome avec une hématocèle post-opératoire ; cette dernière apparaît en général peu de jours après l'intervention et est presque toujours accompagnée de température après un début brusque. Lorsqu'elles restent enkystées, le diagnostic est quelque fois assez difficile. Après une laparotomie M. Bouilly qui avait opéré en *1887* une malade, dut la réopérer 4 ans après, la malade n'ayant jamais cessé de souffrir ; il trouva une petite hématocèle enkystée sur le bord droit de l'utérus, déchira avec son doigt les fausses membranes et tout rentra dans l'ordre. Or, il y avait eu douleur continue et non le symptôme de périodicité mensuelle des cysthématomes.

De même la pelvi-péritonite, l'épiploïte sont des complications d'ordre infectieux qui ne peuvent être confondues avec un cysthématome.

On peut se rendre compte, en lisant les observations, que les cysthématomes menstruels post-opératoires peuvent être d'une extrême gravité.

En effet, les troubles fonctionnels généraux et les symptômes physiques vont toujours en s'accentuant ; la tumeur s'accroît progressivement, elle peut même se multiplier et la malade peut avoir, comme dans le cas rapporté par M. Dartigues, plusieurs gros cysthématomes.

Les malades étant donné leur âge se trouvent

souvent loin de la ménopause, il n'y a donc pas de raison pour que l'accroissement de volume du kyste s'arrête.

Et alors peuvent survenir trois complications redoutables :

D'abord la suppuration possible, sous une influence quelconque, avec rupture et péritonite aigüe, ou bien l'évacuation dans les organes voisins : cœcum, colon pelvien, rectum, anses intestinales grêles, et toutes ses conséquences : septicémie chronique, cachexie, mort.

Ensuite, la rupture subite du cysthématome en pleine cavité abdominale avec tous les symptômes terribles et cataclysmiques d'une inondation sanguine péritonéale ; il se produit alors une véritable hématocèle pelvi abdominale d'origine oophoro-cysthématique, non gravidique. D'après toutes les observations, on se rend compte combien sont minces, pelliculaires même, les parois de ces kystes, dont un fut rompu, même par un palper sous chloroforme par M. Jayle. Ce même auteur rapporte une observation d'une malade de 42 ans, vierge, présentant une hématocèle rétro-utérine due à la rupture de deux kystes sanguins de l'ovaire gauche, à la suite d'un long voyage.

Enfin une autre complication est la production d'adhérences intestinales inextricables, troublant par leur disposition anti anatomique la plus variée, le circulus intestinal et pouvant occasionner des trou-

bles digestifs très accentués, une constipation très opiniâtre et même l'occlusion aigüe.

Ces adhérences intestinales sont la règle dans les cysthématomes, car devant la production kystique croissante, s'élevant vers l'abdomen et refoulant le tube digestif, se dresse un travail intensif de défense péritonéo-intestinale, qui arrive à une agglomération serrée et confuse des anses faisant face à la tumeur envahissante et la cerclant.

Dans une de nos observations le kyste était très adhérent, comme enfermé dans une coque ; dans celle de M. Dartigues on est frappé des difficultés inouïes qu'il rencontra devant une masse intestinale entièrement agglutinée et faisant bloc, au milieu de laquelle il fallut qu'il se fit un chemin pour arriver jusqu'aux cysthématomes.

L'observation de M. J.-L. Faure montre aussi avec quelles difficultés ce chirurgien s'est trouvé aux prises, puisqu'il dut renoncer, à cause des adhérences étendues et invincibles à l'extirpation du kyste sanguin dont il dut faire la marsupialisation.

On ne peut guère compter sur l'influence de la ménopause pour amener la regression de ces kystes, d'autant que les malades en sont assez éloignées et que les lésions ont le temps de devenir assez considérables pour imposer une intervention absolument nécessaire.

En somme un pronostic assez sombre doit être réservé aux cysthématomes menstruels post-opéra-

toires par suite des complications possibles que nous avons énumérées : suppuration, rupture avec hématocèle, occlusion intestinale chronique ou aigüe par adhérences serrées et multiples. A tout cela il faut ajouter la difficulté parfois extrême de l'extirpation quand on est obligé d'opérer.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Depuis l'important rapport de M. le Professeur Le Dentu sur « les suites éloignées de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques » au Congrès français de chirurgie de 1891 et par les observations relatées dans les thèses de Baudron 1894, Claret 1895, Nœl 1897, il est un fait acquis depuis longtemps : c'est que la production de formations *kystiques séreuses*, aux dépens de débris ovariens tubaires ou ligamentaires n'est pas rare, à la suite des opérations sur l'appareil utéro-annexiel.

Leur pathogénie est facile à saisir, car les mêmes causes qui provoquaient la dégénérescence microkystique des ovaires, la formation d'hydrosalpinx provoquent aussi bien la formation de kystes dans les débris ovariens, la formation d'hydrosalpinx partiels dans les débris tubaires. Ces formations kystiques étaient fréquentes surtout à la suite de l'hystérectomie vaginale qui avait moins de chance d'être complète que la laparotomie. Et M. le Professeur Le Dentu en avait si bien vu les conséquences qu'il concluait ainsi dans son rapport : « Le moindre tronçon de trompe laissé dans le ventre peut se

dilater à son tour et devenir le siège d'un hydrosalpinx douloureux. Il importe donc de faire l'extirpation aussi complète que possible, ce qui n'est pas toujours facile à cause des adhérences »

La formation de *collections sanguines* enkystées dans les débris ovariens, tubaires, ligamentaires a été moins fréquemment remarquée, mais nous en possédons un certain nombre d'observations indéniables comme nos trois observations personnelles, les deux observations de M. Dartigues et celle de M. J.-L. Faure, celle inédite de M. le Professeur Segond.

Dans les observations que nous avons réuni, les deux cas de Terrillon peuvent être considérés comme des kystes d'origine hématique, car l'analyse du liquide fut faite et montra de l'albumine dans la proportion de 24 %, de la globuline et une grande quantité de fibrine ; il n'y avait ni globules de pus ni élément microbien.

Nous ferons observer aussi que les kystessanguins que nous mentionnons sont pour la plupart, ainsi qu'un de ceux que nous avons nous-même observé, consécutifs à une laparotomie antérieure.

Nous arrivons maintenant au point le plus important de ce chapitre et même pouvons nous dire de notre thèse entière :

Quelle est la pathogénie de ces kystes sanguins ?

La pathogénie de ces kystes sanguins, est liée à la fluxion menstruelle persistant après l'opération,

qui a supprimé la plus grande partie des annexes et qui ne trouve pas à se faire jour au dehors. Sous l'influence de la congestion menstruelle, au niveau des débris ovariens, il se fait dans les follicules de de Graaf ou les microkystes préexistants, de véritables apoplexies sanguines plus ou moins abondantes qui, s'accumulant tous les mois, finissent par aboutir à des kystes de volume considérable, tels ceux rapportés par M. DARTIGUES, tel celui de M. J.-L. FAURE, qui avait les dimensions d'une tête d'adulte.

Et cette pathogénie est très plausible, car elle a pour elle des raisons d'ordre clinique et d'ordre anatomio-pathologique.

L'observation clinique, nous a en effet montré, en rapport avec le développement de ces cysthématomes post-opératoires, des symptômes congestifs absolument analogues à ceux qui accompagnent la menstruation normale ; semblables à ceux qui troublent périodiquement beaucoup de femmes castrées. Or tous ces symptômes trahissent l'afflux sanguin, la montée, la crue sanguine qui cherche une issue et qui ne la trouvant pas au niveau d'organes absents, se répand en partie dans le stroma et le tissu cellulaire des reliquats organiques, et dans des cavités progressivement extensibles.

En même temps que ces phénomènes de congestion se manifestent, il se produit parallèlement une augmentation de volume périodique dans les kystes déjà formés.

La périodicité des signes fonctionnels et la périodicité des signes physiques, vont donc de pair : c'est là un précieux argument pour notre explication pathogénique.

Cette pathogénie avait été pressentie par Bœckel de Strasbourg, qui en avait donné une semblable à propos des kystes de l'ovaire, qu'il appelle « kystes ménorragiques » dont il avait observé un cas très curieux, mais dans lequel les ovaires n'avaient subi aucune opération antérieure.

Nous citons textuellement l'explication de Bœckel qui vient étayer la nôtre, ainsi que l'on peut s'en rendre compte :

« Il a dû exister quelques lésions primitives inflammatoires de l'ovaire et de la trompe. Cette première lésion étant donnée, les follicules ne pouvaient plus s'ouvrir dans la trompe et leur contenu a dû se déverser dans le sac de nouvelle formation. De là, ces augmentations brusques de volume constatées chez la malade à chaque époque menstruelle.

A ce moment le tissu de l'ovaire n'existe plus en apparence ; sa structure est méconnaissable ; la glande est applatie, fondue dans les parois de la tumeur et cependant elle continue à fonctionner. La fonction de l'ovaire est tellement persistante, tellement vivace qu'elle survit en quelque sorte à l'organe lui-même où plutôt chaque parcelle de la glande, quoique dissociée des parties voisines continue à secréter des ovules. Cette circonstance donne

à ces kystes ovariques des caractères propres très importants. Je propose de les distinguer sous le nom de kystes ménorragiques. »

On voit dans l'observation de Bœckel, que bien qu'il n'y ait pas eu d'exérèse des ovaires par une opération antérieure, le processus pathologique a pour ainsi dire castré partiellement la malade, et oblitéré les voies d'issue du molimen menstruel.

D'ailleurs, ne pouvons-nous pas considérer comme castrées spontanément les femmes qui ont des lésions bi-annexielles considérables, et qui, n'émettent de sang menstruel au dehors de la vulve que celui qui provient de la muqueuse utérine congestionnée sympathiquement ? C'est du reste pour cela que nous trouvons si souvent chez elles des formations kystiques au cours des laparotomies.

L'observation anatomo-pathologique, fournit à l'appui de notre thèse pathogénique des arguments tirés de l'examen macroscopique, biopsique puisqu'il fut pratiqué sur le vivant au cours de l'opération, et des arguments tirés de l'examen microscopique.

L'examen macroscopique a fait constater que le contenu de ces kystes était bien du sang, avait une couleur plus ou moins vive parfois roussâtre, rouge Bourgogne ; ou bien était formé par des caillots noirâtres semblables à du raisiné, ou couleur marron, semblable à la bouillie avec grumeaux qu'on voit dans certains hématomètres.

L'examen pour ainsi dire biopsique au cours de l'opération pour cysthématomes a montré de plus, que les parois kystiques, si elles étaient extrêmement minces, parfois pelliculaires, comme celui décrit par M. Dartigues, étaient en certains points adhérentes aux parties voisines, suffisamment épaisses pour qu'on y puisse supposer le stroma-ovarien distendu.

Qu'on lise d'ailleurs les observations et l'on se convaincra que le processus anatomo-pathologique de formation de cysthématomes au niveau même d'un fragment d'ovaire est indéniable, puisque dans plusieurs observations, cet ovaire avait été en partie réséqué peu de temps auparavant dans une première opération conservatrice. Qu'on lise également celle de M. J.-Faure et l'on verra qu'il a constaté indubitablement un morceau d'ovaire greffé sur un pédicule utéro-ovarien en contact avec un énorme kyste hématique. De même nôtre troisième observation personnelle.

Nous pensons aussi qu'on peut tirer un argument de valeur dans ce fait, observé sur une malade, de trois cysthématomes à côté d'un petit hydrosalpinx. Dans les débris de la trompe s'était accumulé du liquide séreux très clair ; dans les débris ovariens s'était accumulé du liquide hémorragique avec caillots. C'est qu'en effet il y a plus de raison pour que l'apoplexie sanguine se passe au sein des débris de l'ovaire; siège principal de la menstruation.

Chez cette malade, des quatre tumeurs kystiques rencontrées et extraites, deux kystes semblent s'être développés au dépens de débris ovariens laissés par la précédente opération, qui avait dû nécessairement être incomplète, entreprise seulement en vue d'évacuer du pus. D'autre part, depuis la castration utérine faite cinq ans auparavant, à chaque époque correspondant aux anciennes règles supprimées, la malade présentait des phénomènes périodiques douloureux durant six à huit jours, après quoi tout rentrait dans l'ordre.

Chez la malade de notre première observation personnelle, cette femme sentait une gêne, un gonflement se produisait dans son côté qui devenait tendu, à un tel point que toute pression, même douce lui paraissait intolérable.

D'après cela on peut être autorisé à penser qu'à chaque fluxion menstruelle correspondait un épanchement sanguin dans des kystes d'abord fort petits, mais qui sont arrivés au considérable volume signalé ; il est donc de toute évidence que leur contenu s'est accru par des apoplexies sanguines successives.

Dans l'observation de M. J.-L. Faure, nous voyons que chez la malade qui eut plus tard un énorme cysthématome, ce chirurgien avait dans une première laparotomie, opéré un kyste séreux intra-ligamentaire durant l'évolution duquel la malade avait eu une absence de règles de huit mois.

Il est à remarquer du reste, que bien des femmes atteintes de kystes ovariques banals, voyaient leurs règles se supprimer un temps plus ou moins long : cela peut même être un signe différentiel assez important quand on hésite entre un kyste de l'ovaire et un fibrome de l'utérus. Il faut donc penser que dans les faits de cet ordre, il y a plus qu'une coïncidence et qu'il se fait, pourrait-on dire, une balance hémostatique : le sang des règles est arrêté, il y a une suspension menstruelle pendant que simultanément s'accumule de la sérosité dans un kyste ovarique ou ligamentaire en formation. Du reste, combien de collections séreuses diverses sont hématiques au début ; combien de kystes séreux sont des kystes sanguins ayant déposé et s'étant pour ainsi dire clarifiés par le temps. Dans combien retrouverait-on de la globuline, de la fibrine si on le recherchait systématiquement.

L'examen microscopique a été rarement fait. Dans l'observation de Bœckel le processus pathogénique est bien mis en évidence : « Du côté du kyste tourné vers l'utérus, on aperçoit un caillot de sang mou récent, faisant saillie dans l'intérieur du kyste à travers un follicule de de Graaf rompu ; il a la grosseur d'une petite noisette et s'est formé sans doute pendant la dernière menstruation qui a eu lieu cinq jours avant la mort ; il indique que le stroma de l'ovaire, qui n'est pas reconnaissable à la vue, n'a pas cessé de fonctionner. D'ailleurs, en prenant de petites parcelles des parois du

kyste et en les portant sous le microscope, on y voyait de nombreux ovules à différents degrès de développement. M. Villemin a bien voulu m'assister dans ces recherches et s'est assuré de la présence des ovules. »

Dans notre première observation personnelle, l'examen microscopique pratiqué avec toute la compétence qu'on lui connaît par M. Lefas, ancien chef du laboratoire de M. le Professeur Cornil, fut absolument concluant puisqu'il trouve du tissu ovarien normal, des corps jaunes anciens et qu'il conclue en disant que l'épanchement sanguin s'est produit dans un ovisac.

L'examen microscopique pratiqué dans l'observation de M. Dartigues par M. Bender n'est pas absolument concluant; car si la pièce avait une paroi d'une minceur invraisemblable et était des plus curieuses, il eut fallu pouvoir donner les reliquats pariétaux plus importants et plus épais des autres cysthématomes pour avoir un examen des coupes plus démonstratif.

Notre deuxième et troisième observation personnelle, celles de M. Dartigues et celle de M. J.-L. Faure, celle de M. le Professeur Segond montrent que le seul fait d'avoir retrouvé un fragment d'ovaire important, qui a donné lieu par la suite au cysthématome est assez probant pour ne point nécessiter d'examen microscopique.

A côté de cette pathogénie des cysthématomes

menstruels post-opératoires, que nous avons essayé de démontrer, une place doit être faite, pour être complet, à une hypothèse ingénieuse et très vraisemblable dont a fait part M. Daniel, docent de gynécologie à la faculté de Bucharest : il se demanda si des ovaires abérrants siégeant dans le ligament large et le pelvis ne pourraient pas donner lieu également après la castration ovarienne bilatérale à la production de cysthématomes.

L'hypothèse demanderait à être confirmée ; en tous cas, elle est fort intéressante.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

En parcourant les différentes observations que nous rapportons, on voit que divers modes de traitement ont été préconisés.

En 1891, M. le professeur Le Dentu conseille pour l'évacuation de ces productions kystiques tubaires, l'évacuation par dilatation utérine. Terrillon fit une fois la ponction trans-pariéto-abdominale d'un gros kyste gauche, et une autre fois la ponction trans-vaginale postérieure d'un gros kyste droit. Terrillon craignait la purulence de ces kystes et, en 1891, la laparotomie était loin d'être arrivée à la perfection d'aujourd'hui.

Dans un autre cas, Richelot fit une hystérectomie vaginale secondaire qui avacua de multiples kystes sanguins.

Dans tous les autres cas, on pratiqua par la laparotomie itérative, soit à l'hystérectomie abdominale totale, soit subtotale.

M. J.-L. Faure, devant l'extirpation impossible des parois kystiques, dut se borner à une marsupialisation de la poche avec drainage à la Mikulicz.

Voici la marche thérapeutique à suivre, selon nous, en règle générale. On décidera d'intervenir

chirurgicalement le plus tôt possible quand le diagnostic du cysthématome menstruel aura été posé : la périodicité des symptômes fonctionnels, la présence d'une tumeur à augmentations brusques mensuelles et la notion d'une opération antérieure sur les annexes suffiront à l'établir ; il faudra opérer le plus tôt possible à cause des complications à craindre : suppuration, rupture, et surtout à cause des adhérences intestinales et épiploïques, tellement multipliées, tellement denses, tellement serrées, qu'il en résulte un fouillis inextricable, rendant l'opération singulièrement et d'autant plus périlleuse qu'elle sera retardée. Dans un cas la nappe épiploïque toute entière doublait le péritoine pariétal avec lequel elle faisait absolument corps, et les anses intestinales coalescentes formaient un véritable bloc, qu'il fallut dissocier avec extrême prudence pour arriver jusqu'aux kystes. Il arrivera souvent d'être obligé de fortifier par de petits surjets au catgut, l'intestin qui pourrait être dénudé en plusieurs endroits.

Il faut s'efforcer d'extirper toute la poche kystique et tous les débris, si l'on veut éviter qu'une récidive se produise dans quelques reliquats, si l'on ne peut y arriver, la marsupialisation comme l'a pratiqué M. J.-L. Faure est excellente, parce qu'elle extériorise le kyste en partie, permet un large drainage et offre le moins de danger.

Au moment de l'ouverture abdominale, il faut redoubler de précautions, parce que dans les lapa-

rotomies itératives, on risque de blesser l'intestin, souvent adhérent à la face profonde de la cicatrice.

Il n'est pas inutile, d'ailleurs, de reséquer dès le début cette cicatrice pour avoir une meilleure et plus linéaire réunion pariétale.

La laparotomie est l'opération indiquée le plus souvent pour ces cysthématomes, surtout lorsqu'ils évoluent vers la grande cavité abdominale; mais, si l'on a affaire à un kyste volumineux dont l'évolution est surtout pelvienne, bombant dans un des culs-de-sac du vagin, et que l'on soupçonne au-dessus, l'existence d'un dôme adhérentiel très solide et difficile à dissocier, on pourra se contenter avec un résultat tout à fait satisfaisant d'ailleurs, d'une colpotomie latérale ou postérieure, qui n'offrira, pour ainsi dire pas de risques, et qui permettra un drainage en partie déclive, que l'on poursuivra jusqu'à rétraction et oblitération totale de la poche.

A la rigueur même, cette dernière intervention n'exigerait pas l'anesthésie générale.

Cette colpotomie, réservée à des cas particuliers, a été préconisée par M. Dartigues dans son travail sur « les cysthématomes menstruels post-opératoires » et c'est elle qu'a pratiqué, comme on le verra dans une de nos observations, M. le professeur Segond.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Avant de donner nos observations personnelles et celles qui ont servi de base à ce travail, nous voulons résumer celle publiée par Bœckel dans la Gazette médicale de Strasbourg en 1861, sous ce titre : « *Des kystes ménorragiques ; nouvelle variété de kystes ovariques* ».

Comme nous l'avons dit dans le premier chapitre de cette thèse, cette observation ne rentre pas à proprement parler dans notre cadre ; puisque c'est une observation de kyste spontané, non post-opératoire, nous la donnons simplement à cause de son grand intérêt historique, pathogénique et clinique.

Nous avons encore ajouté : (*et même produit*) que quelques observations ont été résumées, soit en quelques lignes, soit dans un titre : c'est quelles sont insuffisantes comme détails.

En effet, les kystes hémorragiques post-opératoires, n'étant que peu connus, ces observations sont complètement muettes sur la valeur macroscopique et *a fortiori* microscopique de ces kystes ; sur la couleur, valeur du liquide et des membranes kystiques etc. etc.

Si nous les avons publiées dans notre premier chapitre, ce n'est que parce qu'elles forment un bloc, étayant ce fait de constatation pure et simple, qui nous intéresse : la production kystique secondaire d'origine ovarienne, tubaire ou ligamentaire, consécutive à des ablations d'utérus ou d'annexes.

Nos observations sont de deux sortes : Les unes sont des observations kystiques hématiques secondaires, d'origine ovarienne, tubaire, ligamentaire, consécutives à des hystérectomies vaginales incomplètes ou complètes : ce sont les observations anciennes des thèses de Baudron, Noël, Claret, Hahusseau, et peu intéressantes pour nous par suite du manque de détails ; les autres sont celles consécutives à des hystérectomies abdominales, ce sont celles sur lesquelles nous avons basé notre travail.

Ces dernières seules, du reste, et quelques-unes très probantes faisant suite à une hystérectomie vaginale seront retrouvées ici.

OBSERVATION I

BŒCKEL (*résumé*)

Kystes ménorragiques. — Ponctions trans-pariéto-abdominales successives ; laparotomie latérale sous-péritonéale ; marsupialisation. — Mort.

Il s'agit d'une malade âgée de 28 ans, auprès de laquelle BŒCKEL fut appelé en 1859 et qui, depuis six mois était sujette à des accès de vomissements et à des douleurs de ventre survenant sans motif et durant vingt-quatre heures. Bœckel constate une tumeur dont la malade ne se doutait pas. Pendant ces six mois, la malade avait ses périodes régulières, mais avec une très grande abondance.

Le 24 août 1859, Bœckel observe des phénomènes de chloro-anémie accentuée, et trouve une tumeur d'origine rénitente, du volume d'une tête d'adulte, située dans le flanc gauche, et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La malade est vierge, mais le toucher vaginal est pratiqué prudemment, et montre que la tumeur ne fait pas saillie dans un des culs-de-sac.

Bœckel fait une première ponction de la tumeur à travers la paroi abdominale, ponction qui ramène 4 litres de liquide d'une couleur chocolat, et est suivie d'une injection iodée.

Le liquide se reproduisant, une deuxième ponction est pratiquée le 29 septembre 1859, elle donne issue à un litre et demi de liquide épais, semblable à celui de la première fois.

La malade récidive encore, et de plus, on constate trois mois après un deuxième kyste à droite. Ces deux tumeurs augmentent de volume et deviennent douloureuses à chaque époque menstruelle. Dans l'intervalle, la malade va très bien.

Le 19 mars 1860, troisième ponction pour les hémorragies qui se font mensuellement dans les kystes. A chaque menstruation, les tumeurs sont douloureuses, gonflent, et les kystes augmentent de 2 à 3 travers de doigts

Le 1er octobre 1860, comme on craint la rupture du kyste, on fait une quatrième ponction qui donne issue à 2 litres 1/2 d'un liquide couleur chocolat, comme à gauche.

A la suite de ces ponctions et de ces injections iodées répétées, se produit de l'infection et de la suppuration, on fait alors un drainage, et un lavage du kyste à travers la paroi abdominale.

Le 8 novembre 1860, la suppuration persistant, Bœckel pratique une laparotomie latérale parallèle à l'arcade de Fallope et à la marsupialisation du kyste, mais la mort survint par septicémie au bout de quelques jours.

L'autopsie est faite, on constate de nombreuses adhérences, un utérus de 9 centimètres, et à droite, un kyste

ayant le volume d'une tête d'enfant et un pédicule très net qui l'attache à l'utérus ; il contient un liquide couleur chocolat et des caillots durcis. Du côté du kyste tourné vers l'utérus, on aperçoit un caillot de sang mou, récent, faisant saillie dans l'intérieur du kyste à travers un follicule de de Graaf rompu, il a la grosseur d'une petite noisette, et s'est formé sans doute pendant la dernière menstruation qui a eu lieu cinq jours avant la mort ; il indique, que le stroma de l'ovaire, qui n'est plus reconnaissable à la vue, n'a pas cessé de fonctionner. D'ailleurs en prenant dans le voisinage de petites parcelles des parois du kyste, et en les portant sous le microscope, on y voyait de nombreux ovules à différents degrés de développement. M. Villemin a bien voulu m'assister dans ces recherches, et s'est assuré de la présence des ovules.

Le kyste gauche était composé de loges secondaires ; l'un de ces kystes secondaires n'est pas encore ouvert dans la cavité centrale et renferme un liquide sanguin. La trompe correspondante dilatée, s'étale sur la tumeur ovarique, mais ne communique pas avec elle.

OBSERVATION II

Personnelle

Laparotomie pour kyste hématique secondaire à une hystérectomie vaginale. — Extirpation du kyste. — Guérison.

Madame F..., âgée de 42 ans, concierge, sans antécédents héréditaires.

Réglée à 17 ans irrégulièrement, règles douloureuses, mariée à 18 ans, règles abondantes et régulières.

En 1883, âgée de 19 ans, la malade accouche d'un enfant à terme. Accouchement et retour de couches normaux. Un an après cet accouchement la malade eut une hémorragie très forte, puis des pertes très abondantes qui l'obligent à se coucher pendant un mois, et à une convalescence de 3 mois.

En 1885, âgée de 21 ans, la malade accouche à la campagne d'un second enfant à terme. Présentation par les pieds, et fut blessée, dit-elle, du côté gauche, par la sage-femme. Elle revint à Paris, fut cautérisée, eut des hémorragies abondantes, puis tout rentre dans l'ordre ; elle ne se soigne plus, mais fait remonter à cette époque, les douleurs qu'elle ressentit depuis dans le côté gauche.

En 1893, la malade s'aperçoit qu'elle a une grosseur à droite ; elle souffre, maigrit. Elle entre à l'hôpital Tenon, dans le service de RICHELOT, par qui elle est opérée d'un kyste hydatique du foie.

En 1895, deux ans 1/2 après la première opération, souffrant de nouveau, elle va trouver RICHELOT à *Saint-Louis*, et elle est opérée par lui itérativement d'un second kyste hydatique du foie.

En 1900, cinq ans après cette opération, la malade souffre du ventre. Elle a des hémorragies abondantes. Elle entre de nouveau à *St-Louis* ou RICHELOT diagnostique un fibrome qui lui est enlevé avec les annexes, par voie vaginale. Elle sort guérie de l'hôpital et va à peu près bien, jusqu'en février 1908. Toutefois de 1900 à 1908, la malade se plaint de violentes douleurs d'estomac, de tiraillements dans le côté gauche. A l'époque de ses règles, il lui semble que son côté gauche est tendu, douloureux, elle ne peut pas sup-

porter de corset, ni rien autour d'elle. Elle présente également des malaises et elle a des douleurs fulgurantes au cœur.

En février 1908, au moment d'une crise très douloureuse, la malade portant la main au côté gauche, est surprise d'y trouver une grosseur du volume d'un œuf. Appuyant un peu, elle éprouve une douleur intolérable, dit-elle ; à une pression plus douce, quelques jours après, elle éprouve de la gêne et de la sensibilité.

En mars 1908, nouvelle crise douloureuse ; et la grosseur qui est restée dans le côté gauche, semble à la malade, plus volumineuse. Elle ne s'inquiète pas cependant, sachant que depuis de nombreuses années (depuis son opération) au moment des règles, elle a des douleurs et des malaises. Mais quelques jours après, la douleur ne cesse pas, la tumeur semble augmenter, et la malade se fatigue de plus en plus. Même la nuit dans son côté gauche est une gêne, une douleur sourde qui devient aiguë et violente après une marche assez longue, ou une fatigue.

Jusqu'en juillet, la malade continue ainsi, mais bientôt, la douleur la force à rester au lit. Voulant se faire opérer, elle entre à l'hôpital Péan dans le service du docteur Rousseau le 20 juillet 1908.

Analyses des urines : rien.

Inspection : Légère voussure à gauche.

Palper : Tumeur de la grosseur du poing, mate à la percussion, ne se déplaçant pas.

Toucher : Peu de choses.

Le 24 juillet 1908. — Laparotomie par le docteur Rousseau. Incision sur la ligne médiane. Kyste de la grosseur du poing. La ponction est faite ; il sort un liquide d'abord

incolore puis rougeâtre, ablation de la poche kystique et d'une petite partie d'ovaire provenant de l'opération antérieure. Le kyste n'est pas adhérent, l'intestin adhère à la paroi vaginale par suite de l'hystérectomie vaginale probablement.

Suture. Drainage par une mèche, pas de température, pas de suppuration. La malade quitte l'hôpital le 20 août, complètement guérie. Revue depuis, elle va très bien.

Examen macroscopique de la pièce : La surface extérieure de la tumeur est lisse et régulière. La paroi semble plus mince que celle des kystes séreux ; mais cependant peu translucide. La surface interne est très brillante. Le liquide qui reste au fond du kyste, a la couleur d'un *vieux Bordeaux*. Le poids du liquide était de 180 grammes à peu près.

Examen microscopique : L'examen microscopique a été fait par M. le docteur Lefas, chef de laboratoire de la Faculté que nous tenons à remercier ici de son concours. Voici ce qu'il nous a répondu : « La pièce envoyée par vous, est bien un *kyste hémorragique simple de l'ovaire*. Sa paroi est formée d'un tissu en partie nécrose par la présence du sang, sans revêtement épithélial. On y voit plus loin du tissu ovarien normal, des corps jaunes anciens, des vaisseaux et des kystes muqueux formés par la dégénérescence muqueuse de cellules de corps jaunes plus récents. *En somme s'est dans un kyste ayant eu son origine dans un ovisac, que c'est produit l'épanchement sanguin* ».

OBSERVATION III

PERSONNELLE

Laparotomie itérative (après annexectomie unilatérale et résection partielle d'un ovaire) pour un kyste sanguin consécutif à une hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Madame C..., âgée de 34 ans, sans profession, sans antécédents héréditaires, réglée régulièrement à 14 ans 1/2 ;

elle a des vomissements abondants au moment des règles qui durent 5 jours et sont extrêmement douloureuses.

Marié à 23 ans, les règles deviennent moins douloureuses. Trois ans après son mariage, elle a un enfant né à terme bien conformé. Pendant les quatre premiers mois de la grossesse, la malade a eu ses règles. Suppression le 5e mois seulement. Accouchement et retour de couches normaux.

Trois ans après, second enfant à terme. La malade a encore ses règles les 4 premiers mois de sa grossesse. Accouchement et retour de couches normaux.

Après la naissance de son premier enfant, la malade a commencé à souffrir dans le ventre. Après la naissance de son second enfant, les douleurs sont plus vives et plus fréquentes à la suite de fatigue, six mois après la naissance de ce second enfant, la malade entre à l'hôpital PÉAN en août 1904, et est opérée en Septembre par le docteur ROBIN-MASSÉ.

Laparotomie sur la ligne médiane, ablation totale de l'ovaire droit et de la moitié de celui de gauche. L'utérus étant normal est laissé. La malade sort un mois après son opération complètement guérie. Les règles reviennent quelques jours après sa sortie de l'hôpital, soit un mois et demi après l'opération. Ces règles sont très abondantes, durent cinq jours ; la malade dit même avoir perdu des caillots. Les règles suivantes sont normales et la menstruation s'établit régulièrement jusqu'en 1906.

En 1906, fin de février, la malade a des pertes blanches très abondantes ; mais peu de sang au moment des époques qui sont diminuées, 3 jours au lieu de 5. Elle a des phénomènes congestifs très marqués, bouffées de chaleur, maux de tête qui cessent quand le sang s'écoule.

La malade traîne ainsi pendant un an, elle ressent des douleurs de plus en plus vives dans la partie gauche du corps, des tiraillements, une sensation de pesanteur marquée dès qu'elle a fait quelques pas, pour se livrer aux soins de son ménage. Puis les règles diminuent encore d'abondance et finissent par n'être que quelques gouttes de sang.

Enfin ne pouvant plus se tenir debout sans souffrances, la malade finit par venir de nouveau à l'hôpital PÉAN, ou elle entre le 20 novembre 1907.

Analyse des urines : Rien.

Rien à la vue. Le palper abdominal détermine une douleur vive dans le côté gauche où l'on sent une tumeur du volume d'une grosse orange. Au toucher vaginal col gros et dur, uterus gros, cul-de-sac latéral gauche très douloureux : ovaire gauche très augmenté de volume. Cul-de-sac droit : pas de sensibilité. Culs-de-sac postérieur et antérieur : Rien.

12 décembre 1907. Laparotomie sur la ligne médiane avec résection de la cicatrice de la première laparotomie. L'utérus est enlevé en entier. A droite, cicatrice de l'ablation des annexes. A gauche kyste gros comme une orange. Le kyste est extirpé en entier. Très adhérent.

Drainage par le haut et le bas. Suture.

Pas de température, pas de suppuration.

Le 6 janvier 1908, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Revue depuis, n'a jamais souffert.

Examen de la pièce. — Le kyste de la grosseur d'une orange a une enveloppe mince recouverte en certaines par-

ties d'une couche plus dense et moins brillante comme la caduque recouvre l'amnios et le chorion dans un placenta.

Intérieur brillant sauf à la partie la plus déclive où sont des stratifications formées par le dépôt de globules sanguins. Liquide séro-sanguinolent 105 grammes environ. La trompe est sur le côté du kyste, aplatie, très peu perméable.

L'examen histologique n'a pas été communiqué, on a répondu que c'était un kyste hémorragique de l'ovaire. Bénignité absolue.

OBSERVATION IV

PERSONNELLE

Laparotomie itérative pour tumeur kystique hématique développée aux dépens d'un débris d'ovaire droit, consécutive à une hystérectomie vaginale. Ablation de la tumeur kystique. — Récidive. — Colpotomie pour nouveau kyste sanguin à droite. — Evacuation du kyste. — Guérison ???

Mademoiselle Marguerite L..., âgée de 31 ans, modiste, entre dans le service de M. le professeur Segond, à la Salpétrière, le 13 décembre 1908.

Sans antécédents héréditaires, sa mère vit encore, son père et deux frères morts d'accidents ; elle n'a pas davantage d'antécédents personnels jusqu'en 1899. Réglée à 17 ans, régulièrement, sans douleurs, sans pertes blanches, n'a jamais eu de maladies, et s'est très bien portée jusqu'à l'âge de 21 ans.

En 1899, âgée de 21 ans, la malade a de légères pertes blanches et ses règles sont prolongées ; elle souffre de tout le ventre, et elle se rend à la consultation de M. Lucas-Championnière à Beaujon.

Après examen, il fut décidé de l'opérer, on lui fit une laparotomie et dit-elle, la cautérisation des ovaires pour de tous petits kystes à peine saillants.

Elle guérit très bien de cette première opération, et resta 6 ans sans souffrir, ni se ressentir de quoi que ce soit, de cette première opération.

En 1905, au commencement de l'année, elle ressent de la pesanteur dans le bas ventre, et une douleur plus forte dans le côté droit. Les règles augmentent en durée et en abondance, elles sont un peu douloureuses. En mai 1905, elle retourne à *Beaujon* où elle voit M. Tuffier. M. Tuffier l'examine et lui trouvant les ovaires très malades, il lui dit que le mieux serait de rentrer à l'hôpital pour se faire opérer. Elle rentre à *Beaujon* dans le service de M. Tuffier et on lui fait une hystérectomie vaginale.

Mais au cours de l'opération, on ne put enlever totalement l'ovaire et la trompe droite dont un morceau fut laissé.

La malade guérit de son opération et sortit de l'hôpital. Elle se mit à souffrir presque immédiatement de son côté droit. Douleurs très vives, accentuées par la marche ou la station debout, sensation de tiraillements dans toute la jambe. Elle ne peut que se traîner et marche courbée en deux. Elle traîne ainsi pendant quelques mois, puis les douleurs cessent, ces douleurs reviennent quelque temps après et elles deviennent périodiques, durent quelques jours dans le mois, puis cessent ; recommencent les mois suivants, sont précédées ou suivies de vertiges, vomissements, etc. Depuis son opération, la malade est d'un nervosisme excessif surtout au moment de ses douleurs mensuelles, elle pleure, a des crises de nerfs.

Elle va ainsi jusqu'au 1er décembre 1908, époque à laquelle elle se rend chez M. le Professeur SEGOND, parce que ses douleurs devenaient plus vives et qu'elle sentait une grosseur située profondément à droite,au niveau de l'ovaire. M. le Professeur SEGOND trouve en effet à droite, au niveau de l'ovaire,une tumeur du volume d'un gros poing, tumeur douloureuse à la pression. Il lui conseille de venir se faire opérer à la Salpétrière. La malade se rend à l'hôpital et entre dans le service de M. le Professeur SEGOND le 13 décembre 1908. A cette époque, elle était encore plus souffrante, pouvait à peine se tenir debout et les douleurs à la moindre fatigue étaient des plus violentes.

Le 26 décembre 1908, M. le Professeur SEGOND fait une une nouvelle laparotomie et tombe au milieu de très fortes adhérences sur un kyste uniloculaire un peu plus gros que le poing. Suture de la paroi et de la peau.

L'examen de la pièce montre un kyste sanguin à contenu hématique presque pur avec débris de l'ovaire et de la trompe.

15 jours après cette opération, vers le 12 janvier, la malade se plaint d'une douleur aigüe située au même endroit exactement. Pensant qu'il y avait un fil ou un petit point de suppuration, on mit à la malade des compresses chaudes humides. Pas de fil, pas de pus, les compresses sont maintenues pendant plusieurs mois et la malade souffre toujours ; elle a, dit-elle, une sensation de gonflement au niveau de son ovaire droit.

Ce que voyant, on l'examine de nouveau et on lui trouve une tumeur de la grosseur d'une noix, à droite au niveau de l'ovaire. M. le Professeur SEGOND l'examine lui-même et décide de l'opérer. Sous le chloroforme, le 15 mai 1909,

la malade en résolution complète est examinée de nouveau, la tumeur est disparue.

La malade n'est pas opérée et recommence à souffrir quelques jours après. Elle se plaint de douleurs violentes et cette tumeur qui avait disparu sous le chloroforme, réapparaît de nouveau. La malade va difficilement à la selle et sent comme une compression sur son rectum.

En touchant la malade on trouve sur le côté droit une tumeur du volume d'une mandarine. M. le Professeur Segond la toucha et se décida devant cette tumeur à faire endormir de nouveau la malade, qui est mise sous chloroforme le 16 juin 1909. Comme la première fois, en touchant la malade, aussitôt la résolution musculaire complète, on constata que la tumeur avait considérablement diminué au point de n'être plus volumineuse que comme une noix. La tumeur ne diminuant plus de volume, M. le Professeur Segond pratiqua une colpotomie.

Par la colpotomie, il évacua cette tumeur qui donna issue à deux cueillerées à café de sang poisseux.

La malade guérit très bien de sa colpotomie et malgré cela, elle souffre encore actuellement (8 août 1909) d'une nouvelle tumeur, de ce gonflement droit. Elle a la sensation de pesanteur sur le rectum, marche difficilement, est très constipée.

M. le Professeur Segond pense que cette grosseur est maintenant d'origine nerveuse et lui conseille Dax. La malade est de plus en plus nerveuse.

Sortie de l'hôpital, je ne l'ai pas revue.

OBSERVATION V (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SEGOND)

Laparotomie itérative pour kyste hématique secondaire à une ablation totale des annexes gauches et résection partielle de l'ovaire droit. Ablation du kyste et annexectomie droite totale. Guérison.

Madame X., 25 ans, nullipare, fut opérée itérativement le 22 Mars 1909 par M. le Professeur Segond, dans une maison de santé de Neuilly.

Il y a deux ans, en Amérique, la malade a subi une laparotomie pour ablation totale des annexes gauches et résection partielle de l'ovaire droit.

Une amélioration de quelques mois a suivi cette opération, puis les règles sont devenues à nouveau très douloureuses, des poussées de pelvi péritonite légères se sont produites à maintes reprises. La jeune femme rentre en France, consulte M. le Professeur Segond et il fut décidé qu'il fallait compléter ce qui avait été fait en Amérique par l'ablation cette fois complète des annexes droits. Le 22 Mars 1909, laparotomie itérative. M. le Professeur Segond tombe au milieu d'adhérences sur un *kyste hématique* uniloculaire gros comme le poing et développé dans l'ovaire droit ou mieux dans ce qui restait de l'ovaire droit. Ablation complète du kyste et des annexes. Suture, guérison parfaite.

La jeune femme revue depuis à plusieurs reprises par M. le Professeur Segond est en parfaite santé.

OBSERVATION VI

TERRILLON

Ponction trans-pariéto-abdominale d'un gros kyste du ligament large gauche consécutif à une laparotomie antérieure avec annexectomie bilatérale (Résumé).

Femme de 30 ans, opérée à la *Salpétrière* le 26 Octobre 1889 par Terrillon d'une laparotomie pour salpingite double. Les trompes et les ovaires polykystiques étaient épaissis, adhérents, très difficiles à extraire. Les suites immédiates de l'opération furent parfaites et la malade sortit bien portante de l'hôpital le 20 Novembre 1889. Mais bientôt elle recommence à souffrir et rentre de nouveau dans le service de TERRILLON en Mars 1890.

Les douleurs abdominales sont vives, et par la palpation, on sent au-dessus du pubis à gauche de la ligne médiane, une tumeur fluctuante arrondie du volume de deux poings et en contact avec la paroi abdominale. Cette même tumeur par le toucher abdominal était ferme à gauche de l'utérus et au niveau du cul-de-sac correspondant.

Craignant d'avoir affaire à une collection purulente à cause de l'intensité des phénomènes généraux, TERRILLON fit une ponction avec l'appareil de POTAIN, à travers la paroi abdominale sur la partie la plus saillante de la tumeur. Cette ponction donna issue à 300 grammes d'un liquide citrin et à peine filant dont l'analyse fût pratiquée par M. CHEVREAU, interne en pharmacie du service. Le liquide kystique avait une densité de 1022 contenait de l'albumine, 24 0/0 de globuline et des traces de fibrine.

Aussitôt après cette évacuation il fut impossible de trouver par l'exploration aucune trace de tumeur dans le bassin. La malade complètement guérie sortit de la Salpétrière le 29 Décembre et depuis n'a présenté aucun accident.

OBSERVATION VII

Terrillon

Ponction trans-vaginale postérieure d'un gros kyste pelvien droit consécutif à une laparotomie antérieure avec annexectomie bilatérale.

Malade âgée de 20 ans, contracte une double salpingite d'origine gonococcique. Deux ans après, curettage sans résultat. Les douleurs persistant et s'accompagnant de métrorragies abondantes, elle se décide à une opération radicale.

Elle entre dans le service de Terrillon qui, le 6 décembre 1890 fait une laparotomie avec ablation bilatérale des annexes. Les annexes du côté droit étaient très adhérentes, prolabées et fixées dans le Douglas, l'épiploon et le rectum furent difficiles à détacher, la trompe était oblitérée et présentait le volume de l'index, l'ovaire était polykystique.

Les annexes du côté gauche présentaient des lésions identiques. Les suites de l'opération furent parfaites et la malade sortit de la *Salpétrière* le 21 janvier 1891.

Mais le 12 février 1891, elle revint dans le service, souffrant dans le bas-ventre et ayant d'abondantes métrorragies et une température de 39° avec embarras gastrique. Par le toucher vaginal, on trouva dans le cul-de-sac latéral droit, une tumeur fluctuante, arrondie du volume de deux

poings, refoulant l'utérus à gauche, et facile à sentir à travers la paroi abdominale déprimée.

Le 13 février 1891, on pratiqua la ponction par le vagin, au niveau du cul-de-sac correspondant, qui donna issue à 310 grammes de liquide citrin, surtout riche en fibrine. Cet épanchement ne se reproduisit pas et la malade sortit complètement guérie le 22 mars 1891.

OBSERVATION VIII

Prof. Segond In Thèse de Baudron

Laparotomie itérative pour tumeur kystique développée aux dépens des débris du ligament large droit, consécutive à une hystérectomie vaginale et à trois laparotomies antérieures.

Eugénie F..., 31 ans, entre le 22 novembre 1891 dans le service de M .Segond, à la maison *Dubois*. Réglée à 14 ans. Elle accouche à terme à 23 ans. Depuis cette époque, elle souffre du côté droit du ventre, d'abord à l'occasion des règles, puis, d'une façon continue. A 29 ans, les douleurs se manifestent aussi du côté gauche, s'accompagnant de pertes blanches abondantes, de pesanteur à l'hypogastre et de douleurs à la miction.

Dix-huit mois après, ces symptômes sont devenus si accusés, que la malade entre à l'hôpital *Saint-Louis*, où M. Tuffier lui fait, par la laparotomie, l'ablation des annexes gauches.

A la suite de cette première opération, la malade a une fistule purulente hypogastrique que tous les soins sont im-

puissants à tarir, l'état général est devenu très mauvais, et la malade présente tous les signes généraux et locaux d'une suppuration pelvienne considérable.

C'est alors qu'elle entre, en novembre 1891, dans le service du Docteur Segond qui pratiqua, le 23 novembre, l'hystérectomie vaginale, le morcellement fut facile, ouverture d'une petite poche purulente à gauche, mais les annexes étaient absentes de ce côté, les annexes droites étaient assez adhérentes avec dilatation considérable de la trompe, d'ailleurs friable.

Depuis cette hystérectomie vaginale, la malade a subi trois laparotomies itératives, les deux premières pour adhérences épiploïques, la dernière pour une petite tumeur kystique développée aux dépens des débris du ligament large droit.

La malade revue en septembre 1893 allait fort bien.

OBSERVATION IX

Richelot In Thèse de Noël

Hystérectomie vaginale secondaire pour nombreux petits kystes séro-sanguinolents péri-utéro annexiels consécutifs à une laparotomie antérieure avec annexectomie bilatérale. — Guérison.

Mme L...., 36 ans, brodeuse, entre à Saint-Louis, salle Denonvillier, lit 5, le 5 février 1893.

Réglée à 12 ans, deux enfants, premier accouchement très pénible, le deuxième à l'âge de 21 ans. En 1880 péritonite précédée de métrorragies pour lesquelles elle est soignée à Saint-Antoine. Depuis cette péritonite, quelques troubles généraux, mais toujours menstruation régulière.

Vers la fin de janvier 1893 à la suite de ses règles, la malade est prise de pertes d'abord jaunâtres, puis franchement rouges et formant de gros caillots. Cette femme continue à travailler. Ces pertes avec caillots augmentent et s'accompagnent de violentes douleurs lombaires et abdominales.

Elle entre le 5 février 1893 dans le service de M. Richelot qui fait le diagnostic de salpingite double et abcès de l'ovaire gauche Laparotomie le 16 février 1893. Opération laborieuse. Gros utérus médian, grosse tumeur à droite, saillante en haut, et enclavée dans le Douglas, c'est un énorme hydrosalpinx, le reste de la trompe est flexueux et parenchymateux. Evacuation partielle puis énucléation assez facile, puis à la fin on entraine l'ovaire avec un gros kyste purulent qui se rompt. A gauche, on trouve une trompe assez volumineuse et parenchymateuse, avec un kyste purulent de l'ovaire moins gros qui se rompt aussi. Lavages à l'eau salée, suites de l'opération apyrétiques.

Depuis le mois de mars 1894. les métrorragies recommencent, s'accompagnant de douleurs lombaires, de douleurs abdominales et de sensation de pression sur le rectum. Elle rentre de nouveau à l'hôpital le 17 avril 1894 dans le service de M. Richelot. Toucher très douloureux.

Hystérectomie vaginale secondaire le 4 mai : utérus très gros, facilement morcelé ; après l'ablation, on tombe sur de nombreux petits kystes péri-iutéro, annexiels qui crèvent et donnent issue à du liquide séro-sanguinolent *noirâtre*. Guérison rapide. La malade revue en 1895 ne souffre plus du ventre.

OBSERVATION X

L. Dartigues

Laparotomie itérative pour trois kystes sanguins volumineux consécutifs à une hystérectomie abdominale antérieure : extirpation des poches kystiques. Guérison.

Une malade âgée de 31 ans, atteinte de lésions annexielles aiguës d'origine gonococcique probable, il y a 5 ans, est opérée d'urgence (la malade avait 40° de fièvre) d'une colpotomie postérieure qui reste blanche et n'évacue pas de pus.

Le professeur Jeannel de *Toulouse* est appelé immédiatement après cette première intervention, il soumet la malade au repos et au traitement antiphlogistique pendant une quinzaine de jours et pratique alors quand la température est à peu près revenue à la normale, l'hystérectomie abdominale totale. Cette laparotomie fort laborieuse, fut surtout évacuatrice des abcès pelviens. Le chirurgien se contenta d'enlever l'utérus et de drainer largement, en laissant une partie des annexes adhérentes dont l'extirpation totale eut pu être périlleuse. La malade guérit fort bien.

Depuis cette époque, c'est-à-dire il y a cinq ans, la malade n'a eu aucune espèce de pertes, ni blanches ni hémorragiques, mais chose intéressante, à l'époque correspondante aux anciennes règles, elle éprouvait des coliques assez violentes dans tout le bas ventre et des douleurs marquées bien localisées du côté gauche de l'hypogastre, et sans irradiations. Ce syndrome douloureux périodique durait environ 6 à 8 jours après quoi tout rentrait dans l'ordre.

Il y a un an la malade a eu, sous l'influence d'une fatigue, une véritable crise, marquée par des douleurs très vives, toujours dans le côté gauche, si vives, que la malade ne pouvait marcher et a dû s'aliter pendant un mois. Durant ce temps ni fièvre, ni vomissements. Au mois de février 1907 la malade sent son côté gauche un peu plus douloureux que d'habitude, il lui semble que son abdomen augmente légèrement de volume ; elle ne maigrit pas cependant notablement, il n'y a pas de perte d'appétit.

C'est alors que M. Dartigues voit la malade. L'examen physique fait nettement sentir par la simple palpation une tumeur kystique du volume de deux poings environ, faisant saillie au niveau de l'ombilic. Le toucher vaginal, fait également percevoir un empâtement demi rénitent dans le cul-de-sac de Douglas et au niveau de la base du ligament large droit.

Le 10 mars 1907, la malade est opérée dans une maison de santé par M. Dartigues. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une nappe épiploïque très dense adhérente de partout, doublant et se collant à lui, tout le péritoine pariétal. Ce n'est qu'au prix de difficultés extrêmes, qu'on arrive à se frayer un chemin au milieu d'adhérences épiploïques et intestinales inouïes, et ce n'est qu'après avoir disséqué l'intestin qu'on parvint à dégager un kyste gros comme les deux poings, rempli de sérosité sanguine, et dont la paroi faisait intimement corps avec toutes les parties avoisinantes ; mais au moment où l'on pense l'avoir tout entier, il crève et laisse échapper un liquide brunâtre presque sanglant ; on enlève la poche en entier, qui, en un point, était épaissie au niveau de ce qui avait pu être un débris de l'ovaire gauche.

On trouve ensuite un deuxième kyste du volume d'une mandarine dont les parois sont d'une minceur extrême, pelliculaire.

Ce kyste, malgré la ténuité de sa paroi n'a pas été crevé, il ne présente aucune espèce de pédicule, on l'a eu pour ainsi dire par énucléation du ligament large gauche dans lequel il se trouvait inclus. Il contient de la sérosité sanguine.

Plus loin et à droite. toujours en dégageant l'intestin intimement adhérent, on trouve un hydrosalpinx, gros comme l'intestin grêle un peu dilaté, on l'enlève.

Enfin, tout au fond du Douglas et développé aussi en partie dans le ligament large droit, on tombe sur un kyste gros comme une orange à contenu également séro-sanguinolent qu'on crève, et dont on extirpe toute la poche par dissection.

On fortifie par de petits surjets au catgut l'intestin fortement dénudé en plusieurs endroits, et on draine au moyen d'un tube en caoutchouc et de quatre mèches qui ressortent par l'abdomen.

Fermeture de la paroi en trois plans au catgut. Guérison sans incidents dans les délais normaux.

Les kystes renfermaient tous trois de la sérosité sanguinolente et même des petits caillots noirâtres semblables à du raisiné.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE du kyste extrait sans être crevé fut pratiqué par M. BENDER.

La surface extérieure de la petite tumeur kystique était assez lisse et régulière. Les parois minces et translucides. La pièce fut fixée en masse dans le formol à 10 p. %, puis

incisée. Il s'écoula une certaine quantité de liquide séro-sanguinolent et l'on put constater que la paroi kystique, polie et brillante dans sa surface interne, était pelliculaire dans presque toute son étendue. En un seul point, bien limité, large environ comme une pièce de un franc, cette paroi présentait un épaississement saillant dans la cavité de 1/2 centimètre environ. Cette saillie fut incisée et on constata qu'elle était formée de fines cloisons trabéculaires enserrant dans leurs mailles une substance gélatineuse demi-solide. Un fragment a été prélevé au niveau de cette petite saillie qui paraissait constituer le point le plus intéressant de la tumeur et inclus à la paraffine ; les coupes obtenues ont été colorées par l'hématéine éosine et par la méthode de Van Gieson.

En examinant les coupes à un faible grossissement, on reconnait immédiatement que la surface interne du kyste n'est pas tapissée par une couche épithéliale régulière ; on n'en trouve trace en aucun point en examinant de multiples préparations. La paroi kystique apparaît formée par une couche fibreuse dense et serrée à la superficie, et qui à mesure que l'on se rapproche de la cavité kystique, se dissocie, s'infiltre de sérosité et finit par tomber en complète désintégration.

En employant un grossissement plus fort, on se rend compte plus exactement de tous ces détails. C'est ainsi que les couches les plus extrêmes sont constituées par des travées fibreuses allongées parallèlement à la surface du kyste et contenant relativement peu d'éléments cellulaires. On y trouve d'assez nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques à cavité largement béante ; par places les travées celluleuses sont dissociées par une infiltration œdémateuse interstitielle.

Doublant cette couche superficielle on trouve sur toute l'étendue des coupes, mais sur une épaisseur variant du simple au triple suivant les points considérés, une zone constituée par des cellules, dont l'aspect est dès l'abord franchement épithélioïde. Il ne s'agit cependant pas d'un revêtement épithélial à plusieurs assises, on peut l'affirmer, car sur de nombreux points, cette zone est séparée de la cavité kystique par une nouvelle couche celluleuse condensée. Cette couche est formée par des cellules de dimensions et de formes très variables, avec un corps protoplasmique opaque, finement granuleux, coloré en violet pâle à l'hématéine éosine. Le noyau arrondi ou ovalaire parfois très volumineux fixe avec intensité le colorant. En certains points ces cellules sont assez régulièrement polyédriques, tassées les unes contre les autres, dessinant une sorte de mosaïque, on croirait à ce niveau qu'il s'agit d'une couche épithéliale compacte. Mais ailleurs on voit ces éléments se dissocier, s'écarter les uns des autres, ils sont alors séparés par une substance demi liquide et on assiste à des variations de formes infinies. On trouve des cellules fusiformes, d'autres arrondies, d'autres renflées à leur extrémité en forme de poires, d'autres enfin plus ou moins régulièrement étoilées, avec de longs prolongements s'unissant avec des prolongements similaires émanés de cellules voisines. On trouve toutes les formes de transition entre les cellules de type franchement conjonctif, et les cellules épithélioïdes précédemment décrites, et d'ailleurs leurs réactions vis-à-vis des colorants sont identiques. Au milieu de ces éléments on trouve des capillaires sanguins en assez grande abondance. En de très nombreux points ces cellules sont frappées de nécrose complète, se liquéfient et le fond de la préparation

est formé par un tissu granuleux au milieu duquel se reconnaissent quelques rares éléments conservés et qui va s'effritant jusqu'à la cavité kystique.

Ailleurs, en des points où les éléments sont mieux conservés, on rencontre à leur face profonde, une nouvelle couche conjonctive plus lâche que celle que nous avons décrite à la partie superficielle. Cette couche est en dégénérescence granuleuse et elle se désintègre progressivement jusqu'à la cavité du kyste où elle n'est plus représentée que par de minces filaments flottants, entièrement nécrosés.

OBSERVATION XI

L. Dartigues

Laparotomie itérative (après annexectomie unilatérale et resection partielle d'un ovaire) pour deux kystes sanguins consécutifs. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

Louise L..., âgée de 28 ans, couturière. Réglée à 14 ans, mais les règles étaient irrégulières et survenaient avec un retard variable de un mois, un mois et demi, trois mois.

Pendant ces périodes où les règles étaient absentes, la malade présentait du ballonnement du ventre et des douleurs dans les deux fosses iliaques ; elle avait la face congestionnée, des étouffements et des vertiges ; son poids augmentait de 10 à 15 kilogrammes. L'irrégularité des règles était surtout marquée en hiver.

Irrégulières en durée et en quantité (quelques gouttes le matin et le soir pendant 6 à 7 jours) les règles étaient douloureuses. Avec leur apparition disparaissaient les phénomènes signalés plus haut.

Depuis l'âge de 17 ans, la malade a souffert de coliques hépatiques et néphrétiques, de maux d'estomac et d'attaques de rhumatismes.

La malade a eu des pertes blanches abondantes depuis l'âge de 14 ans, elle s'est mariée à 22 ans, les règles devinrent plus régulières, mais elles arrivaient encore avec un retard de plusieurs jours. Trois ans après son mariage, c'est-à-dire à 25 ans, elle accouchait d'un enfant né prématurément à huit mois, à l'hôpital Lariboisière.

Après cet accouchement, les douleurs abdominales augmentèrent d'intensité et de durée ; elles étaient localisées surtout dans la fosse iliaque gauche.

Après différents traitements médicaux, suivis à Lariboisière et à Necker, la malade entra à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi, le 16 janvier 1907.

Opération le 17 février 1907 par le Professeur Pozzi. On trouve à la laparotomie, l'utérus de volume normal, mais les annexes gauches malades et adhérentes.

On arrive à dégager la trompe du côté gauche et l'on constate que le canal est absolument perméable ; mais l'ovaire est dégénéré en kystes multiples ; l'un d'eux a le volume d'une grosse noisette. Annexectomie de ce côté. Du côté droit, on cathétérise la trompe perméable, et l'on fait une résection longitudinale arciforme de l'ovaire droit, suivie d'une suture avec un surjet au catgut fin. On termine par la fixation du pavillon tubaire sur cet ovaire droit en partie réséqué.

Fermeture de la paroi abdominale en trois plans au catgut.

Suites de cette opération. — La malade reste deux mois dans le service et malgré l'intervention, l'ablation des

annexes gauches, les douleurs abdominales persistent surtout à droite, où la malade dit sentir une sorte de gonflement.

Les souffrances deviennent plus vives, la malade revient de nouveau dans le service du professeur Pozzi.

Laparotomie itérative et hystérectomie abdominale totale le 29 mai 1907. A cause des douleurs vives, de l'impotence de la malade, de l'empêchement de tout travail, la présence d'une grosseur à consistance rénitente au niveau du cul-de-sac latéral droit, constaté par le toucher bi-manuel, M. Dartigues pratique une laparotomie itérative.

Résection de la cicatrice de la 1re laparotomie et hystérectomie abdominale totale par le procédé américain ; l'utérus est enlevé entier avec son col, parce que celui-ci est malade, gros et métritique.

Au niveau du ligament large gauche, on trouve la cicatrice résultant de l'ablation des annexes dans la première opération. A droite, on trouve un gros kyste sous tubaire développé aux dépens du fragment de l'ovaire laissé après résection partielle dans la précédente laparotomie.

Ce kyste a le volume d'une mandarine, ses parois sont très minces et son contenu est de la sérosité sanguinolente ; la trompe droite est disposée en bandoulière, aplatie au dessus de lui. Il existe de plus, au niveau du ligament utéro-ovarien, un autre kyste, tout à fait sanguin, rouge noir, du volume d'une grosse noisette.

Drainage par le vagin et suture de l'abdomen en trois plans au catgut. Après cette deuxième intervention la malade sort guérie et complètement soulagée de ses douleurs abdominales.

OBSERVATION XII

DARTIGUES ET JOANNIDIS

Laparotomie pour kyste hématique secondaire à une hystérectomie vaginale. — Extirpation totale du kyste. — Guérison.

Il s'agit d'une malade opérée une première fois le 10 novembre 1907 par le professeur WERTHEIM (de Vienne) d'un myome utérin par la voie vaginale. Cette opération fut difficile à cause de l'extirpation des annexes gauches, englobées dans les adhérences d'une vieille périmétrite ; ce ne fut qu'après l'extirpation totale de l'utérus et des annexes droites que l'opérateur réussit à enlever les annexes gauches.

Quelques mois après l'opération, la malade éprouve des douleurs parfois atroces, siégeant surtout du côté gauche, et, s'irradiant spécialement dans la région rénale, ce qui fit penser à une lésion rénale ; on fit la cystoscopie et le cathétérisme des urétères, mais ils ne présentèrent rien d'anormal.

A l'examen gynécologique on trouva une tumeur kystique siégeant au niveau du moignon vaginal et à son côté gauche.

A cause des douleurs irradiées surtout dans la région lombaire gauche, on fit de nouveau, par surcroît de précautions, une cystoscopie et un cathétérisme des urétères qui firent constater le rein droit normal ; mais le rein gauche donnant issue à des urines troubles. L'examen chimique et microscopique fit constater seulement des cellules épithéliales.

Le 6 juillet 1908, on fit une deuxième opération ; une laparotomie cette fois-ci. A l'ouverture du ventre, on tomba tout de suite sur une tumeur kystique, siègeant sur le pédicule ligamentaire gauche avec des fortes adhérences à l'anse sigmoïde.

Au cours de l'intervention le kyste fut crevé et donna issue à un liquide séro-sanguinolent.

La paroi interne de ce kyste avait un aspect papillaire. Malgré les adhérences et les grandes difficultés opératoires, on parvint à extirper totalement le kyste.

Dix-huit jours après l'opération, la malade sortait complètement guérie de la clinique du professeur WERTHEIM.

Entre la première et la deuxième opération la malade qui avait une absence totale d'écoulement sanguin, comme après toute castration utéro-annexielle, éprouvait en même temps que ses violentes douleurs abdominales irradiées à la région lombaire, une sensation de pléthore correspondant aux dates anciennes de ses règles. Cet état pléthorique était marqué par des céphalées, vertiges, lassitude, fatigue lombaire, congestion et picotement des seins.

Voici d'après le docteur CARAVEN, le résultat de l'examen histologique pratiqué sur un fragment prélevé sur les parois kystiques de la poche sanguine.

COUPE A. Colorée à l'hématoxyline et à l'éosine. On constate sur cette coupe trois régions distinctes : une centrale tubaire, une ovarique, une graisseuse.

1° Région centrale. — C'est une coupe de trompe. La cavité est un peu dilatée, les franges peu abondantes et peu villeuses, elles sont revêtues de cellules cylindriques ciliées, disposées sur un seul rang et normales ; par places, on re-

marque des pseudo-glandes tubaires. La paroi musculo-conjonctive n'offre rien de bien spécial ; autour de la trompe, de nombreux vaisseaux, dont quelques-uns sont entourés par de tous petits îlots inflammatoires avec prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. En somme pas d'infection tubaire, lésions très légères.

2° A une extrémité de la coupe, on note des débris ovariques. On reconnaît de vieux corps jaunes fibreux, (corpus album) entourés du tissu fibro plastique normal de l'ovaire ; par places, le tissu conjonctif voisin est lâche, œdémateux, par places au contraire, il est sclérosé et offre l'aspect de certains fibromes. Plusieurs infiltrats sanguins.

3° A l'autre extrémité de la coupe, on trouve une nappe de tissu graisseux banal.

Coupe B. — Colorée à l'hématoxyline et à l'éosine. Elle est constituée par des couches stratifiées de tissu conjonctif, disposé en strates concentriques, séparées par des couches plus minces d'un tissu très cellulaire, à cellules fusiformes, ayant la texture du tissu fibro plastique ovarien. De nombreux vaisseaux circulent entre ces lamelles et leur sont parallèles.

Au niveau de la partie renflée de la coupe, il existe un vieux corps jaune fibreux, (corpus album) qui renferme encore un nombre assez considérable de très grosses cellules à lutéine, ces cellules sont bourrées de grosses gouttes de graisse de coloration jaune brun foncé. Autour de ce corpus album, une couche de tissu fibro-plastique. Sur les bords de la coupe, on ne constate en aucun point d'épithélium. Sur un bord cependant, les cellules conjonctives les plus superficielles deviennent extrêmement plates, se tas-

sent en un petit liseré plus coloré, au-dessus duquel, par places, on voit des noyaux extrêmement allongés ; mais le nombre restreint de coupes examinées, force à la plus grande réserve sur la signification de ces noyaux.

En somme, il s'agit de restes annexiels, constitués par une trompe et des débris ovariens qui lui adhèrent, débris ovariens ayant une tendance générale à la sclérose.

OBSERVATION XIII

J. L. Faure

Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale, subtotale. — Ponction et marsupialisation d'un énorme kyste sanguin consécutif. — Guérison.

Malade âgée de 38 ans, couturière, réglée à l'âge de 15 ans, n'ayant jamais eu d'accouchement ni de fausse-couche. Un mois après l'instauration menstruelle, les règles disparaissent pendant huit mois, et la malade accuse alors du gonflement abdominal et des pertes leuchorréiques ; elle entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Richelot, où elle est mise en observation durant quelques jours ; puis elle quitte le service bien rétablie. (On n'a aucun renseignement sur le traitement suivi pendant son séjour à l'hôpital).

Les règles disparues pendant huit mois, réapparaissent régulières, indolores, abondantes, durant 7 à 8 jours, pendant 18 ans.

Au mois d'Avril 1906, la malade présente de nouveau un arrêt des règles s'accompagnant de gonflement abdominal ; elle entre dans le service de M. J.-L. Faure, qui pratique une hystérectomie abdominale subtotale, pour kyste séreux

intra-ligamentaire, avec ablation bilatérale des annexes. A la suite de cette opération, les règles ne réapparaissent plus, bien entendu ; mais la malade, à l'époque correspondante de celles-ci, ressent différents malaises : étouffements, douleurs de ventre et des reins, congestion de la face, cet état durait 3 à 4 jours, puis tout rentrait dans l'ordre.

Quatre mois après l'hystérectomie abdominale en juillet 1906, la malade voit son ventre augmenter de volume ; principalement du côté droit. Elle entre à nouveau dans la service de M. J.-L. Faure le 17 Juillet 1907. Ce chirurgien pratique une laparotomie itérative et se trouve en présence d'un énorme kyste, ayant le volume d'une tête d'adulte ; en raison des adhérences, il fait une ponction qui donne lieu à un écoulement d'un litre de sérosité sanguinolente.

La dissection de la poche étant impossible, M. Faure en fait la marsupialisation, et draine la cavité avec un Mikulicz et un drain de caoutchouc.

A l'exploration du ventre, il voit un morceau d'ovaire greffé sur un pédicule utéro-ovarien.

OBSERVATION XIV

F. Jayle

Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale subtotale. Ablation d'un ovaire contenant un gros kyste hématique.

B. H. femme M., 32 ans, entre dans le service de M. le Professeur Pozzi, à l'hôpital *Broca*, le 28 Septembre 1901. Utérus en rétroversion et en rétroflexion sans adhérences, contenant des fibromes, ovarite gauche.

Première opération le 22 Octobre 1901. Laparotomie par M. Jayle. Dès l'ouverture du ventre, on voit un utérus contenant plusieurs fibromes. Ovaire gauche dégénéré, l'ovaire droit est sain. La myomectomie simple est impossible.

Hystérectomie sus vaginale ; ablation des annexes gauches et de la trompe droite. Suture en deux plans au catgut du moignon utérin. Suture au catgut des ligaments larges, et du péritoine par-dessus le moignon cervical, le tout de manière à n'avoir aucune surface cruentée intra péritoneale.

Fermeture du ventre, pas de drainage, pas de suites opératoires. Guérison.

Examen des pièces. — Utérus fibromateux. Trompes un peu congestionnées, ovaire gauche seul enlevé, un peu gros, peu scléreux, présente à son extrémité externe un kyste hématique du volume d'une noisette. Sur une coupe pratiquée suivant le grand axe, 2 petits kystes séreux.

En novembre 1902, la malade revint à l'hôpital pour éventration.

Deuxième opération le 29 novembre 1902 par M. Jayle. Incision circonscrivant la cicatrice et ouverture du péritoine à droite de la ligne médiane, pas d'adhérences de l'intestin et de l'épiploon.

Le petit bassin contient un peu de sang provenant d'une petite rupture faite à un kyste hématique de l'ovaire droit, rupture provoquée par un examen fait avant l'opération sous chloroforme. Rien autre de particulier dans le petit bassin. Il reste de la première opération, seulement l'ovaire droit très scléreux auquel est appendu un kyste sanguin du volume d'une noix.

Ablation de cet ovaire. Fermeture du péritoine. Suture des parois. Guérison. Exeat le 24 décembre 1902.

Examen de la pièce. — L'ovaire est un peu gros, scléreux dans son ensemble et présente à l'extrémité opposée au hile trois petits kystes séreux et un kyste hématique du volume d'une noix ; la paroi de ce dernier kyste est très mince, et sous une pression un peu forte faite sous chloroforme, s'est laissé rupturer en un point.

Cette malade, avait une tendance aux graves poussées congestives pelviennes. Elle a eu, somme toute, deux fois un kyste hématique, un à l'ovaire gauche, enlevé à la première opération ; le second post-opératoire à droite.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous pouvons tirer de cette thèse sont les suivantes :

1° Les formations kystiques sanguines post-opératoires développées aux dépens de débris annexiels et peut-être d'ovaires aberrants que nous appellons, suivant la dénomination pathogénique de DARTIGUES : « *Cysthématomes menstruels post-opératoires* » sont à rapprocher des kystes ovariques ménorragiques signalés autrefois par *Bœckel*.

2° Ces cysthématomes surviennent généralement chez des femmes en pleine période génitale, à tempérament sanguin et congestif, ayant un passé gynécologique et ayant subi une opération souvent complexe des annexes.

3° LE CARACTÈRE CLINIQUE des cysthématomes est la périodicité mensuelle des troubles fonctionnels et généraux, et la croissance par-à-coups des poches kystiques.

4° Leur diagnostic est relativement aisé ; mais peut être délicat dans les cas où l'on peut penser aussi à un hématomètre où même à une grossesse.

5° Leur pronostic est sérieux à cause de l'infection et de la rupture avec inondation possible, et à cause des adhérences intestino-épiploïques multiples et serrées qui les circonscrivent.

6° Le traitement qui s'impose est l'intervention chirurgicale sitôt que le diagnostic de cysthématôme menstruel post-opératoire aura été fait, à cause, nous y insistons, des complications graves possibles et des adhérences extrêmement denses et même inextricables qui rendent l'opération d'autant plus laborieuse et dangereuse, qu'elle aura été plus retardée.

Il faut recourir, presque toujours, à la laparotomie avec extirpation aussi complète que possible de toute la poche kystique et de tous les débris, afin d'éviter que la récidive ne se produise dans quelque reliquat (observations personnelles n° II, III, IV, observations de MM. Dartigues, J.-L. Faure, Segond, Terrillon, etc.).

Si l'extirpation est impossible, on se contentera prudemment d'une marsupialisation avec drainage.

Dans certains cas rares, où les cysthématomes, au lieu d'avoir une évolution abdominale, sembleraient, au contraire, évoluer franchement vers le vagin, on recourrait à une colpotomie postérieure ou latérale avec évacuation et drainage. (DARTIGUES *et observation de* M. SEGOND.)

Vu : *Le Président de thèse,*
P. SEGOND.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bœckel. — Gazette médicale de Strasbourg 1861. — Page 79.

Le Dentu. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes. — Rapport au Congrès français de chirurgie. 1891.

Terrillon. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus pour inflammation de ces organes. — Congrès français de chirurgie. 1891. p. 163-182.

Hahusseau. — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes. — Thèse 1891. Paris.

Baudron. — De l'hystérectomie vaginale appliquée en traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes. — Thèse 1894. Paris.

CLARET. — Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses. — Thèse 1896. Paris.

NOËL. — L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Suites locales éloignées. — Thèse 1898. Paris.

DARTIGUES. — Des productions kystiques intra ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. Bulletin de la Société de l'Internat. Mai 1907.

DARTIGUES et JOANNIDIS. — Les cysthématomes menstruels post-opératoires. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. — Février 1908.

DARTIGUES. — Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire. — Bulletin de la Société de l'Internat. Novembre 1908.

JAYLE. — De l'hématocèle par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire. — Presse médicale n° 33. — 24 avril 1909. p. 291.

Imprimerie Spéciale de la Librairie
M. DOUTAUT
24, rue Monsieur le Prince, PARIS VI^e